

ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LA DESNUTRICION EN EL MODULO PILOTO "CENTRO DE SALUD DE RIOBAMBA"*

Dr. MARCELO OCHOA EGAS, Dr. NAPOLEON GALLEGOS RUIZ,
Dr. LUIS VILLACRECES CARRILLO y Dra. GENNY ARELLANO BARRIGA

*Departamento de Ciencias Fisiológicas. Facultad de Ciencias Médicas.
Universidad Central del Ecuador, Centro de Salud Riobamba.*

RESUMEN

Se trata de un estudio estadístico de 226 casos de malnutrición infantil, en un universo al azar de 500 historias clínicas de niños de 0 a 6 años de edad, atendidos en el Centro de Salud Riobamba en el período comprendido entre enero de 1977 a enero de 1981. Se evaluó la enfermedad en el parámetro peso y sus variables independientes escolaridad de los padres, tenencia de la vivienda, ingreso económico y núcleo familiar. En forma conexas se demuestra la incidencia causal del hacinamiento, la superpoblación infantil familiar en comparación con el bajo ingreso económico y la educación de los padres. Se recomienda un estudio más amplio y comparativo de la zona urbana con la rural. (*Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 8: 157, 1983).

La ausencia de investigación científica, el desolador panorama de la salud y la alta tasa de morbi-mortalidad infantil en la provincia del Chimborazo, han sido los elementos motivadores para confrontar los datos teóricos con la realidad social de la malnutrición, enfermedad prototipo del tercer mundo, que con caracteres dramáticos se presenta y se acentúa cada vez más en nuestra provincia, en los que la pobreza, el analfabetismo y la carencia de medios de producción son el razgo dominante de una sociedad perennemente olvidada de los poderes públicos.

La concepción integral de este trabajo reconoce los siguientes objetivos:

1. Reconocer la forma predominante de atención primaria en el único Centro de Salud en la ciudad.
2. Conocer el porcentaje de niños, hombres y mujeres desnutridos en un universo dado.
3. Identificar los probables factores condicionantes de la enfermedad.
4. Juzgar la importancia de la prevención de la malnutrición infantil en el medio.

5. Exponer los elementos de juicio que permitan valorar la real dimensión del problema.

Material y métodos

Se efectuó el presente estudio en una muestra al azar de 500 casos de niños de 0 a 6 años de edad, en el período comprendido entre enero de 1977 a enero de 1981.

La investigación se orientó al análisis de la historia clínica única implementada por el Ministerio de Salud Pública en 1977, incluida la evaluación nutricional que fue analizada tomando como referencia la curva de peso existente en ella.

Se definieron 4 variables independientes y 4 variables dependientes:

Variables independientes:

1. Escolaridad de los padres
2. Ingreso familiar
3. Tenencia de la vivienda
4. Núcleo familiar

* Trabajo realizado con el auspicio del Centro de Salud Riobamba.

Tabla 1.— Universo de Estudio 500 casos

Niños sanos	274	57.2 ^o /o
Niños desnutridos	226	42.8 ^o /o

Tabla 2.— Grados de Desnutrición

Grado	Incidencia Primaria		Incidencia Continua	
	Casos	o/o	Casos	o/o
I	143	63.2	49	34.2
I - II	58	25.6	17	11.0
II	14	6.1	4	2.7
II - III	7	3.0	0	0
III	4	1.7	0	0

Tabla 3.— Desnutrición por sexo

Sexo	casos	o/o
Masculino	102	45.1
Femenino	124	54.9

VARIABLES DEPENDIENTES

1. Condición nutricional de los niños en estudio.
2. Parasitismo
3. Patología gastrointestinal (Síndrome Diarréico)
4. Patología respiratoria (Bronquitis-bronconeumonía)

RESULTADOS

Se estudiaron 500 casos con un total de casos de desnutrición de 226 (45.2^o/o) (Tabla 1).

En las tablas 2 y 3 se muestran los grados de desnutrición por sexo y por edades. Pode-

mos observar que estos porcentajes se hallan ocupando aproximadamente la mitad de casos (42.8 por ciento), lo cual nos confirma el estado de depauperación biológica de la niñez en la ciudad de Riobamba.

En la Tabla 4 de distribución por edades se advierte que el grupo poblacional infantil mayormente afectado se halla en el grupo etario de 1 a 4 años de edad, con mayor incidencia de malnutrición en los grados I y II.

En la tabla 5, relacionamos los casos de enfermedad diarreica aguda con los diferentes grados de malnutrición. Se puede observar que el parámetro tomado por asociación frecuente

Tabla 4.— *Desnutrición por edades*

Edad en Años	GRADOS DE DESNUTRICION									
	Casos o/o		Casos o/o		Casos o/o		Casos o/o		Casos o/o	
	I		I — II		II		II — III		III	
0 — 1	20	13.9	8	13.7	3	21.7	2	28.5	2	50
1 — 2	37	25.8	10	17.2	5	35.7	2	28.5	1	25
2 — 3	43	30.0	14	24.1	6	42.8	1	14.2	1	25
3 — 4	18	12.5	10	17.2	0	0	1	14.2	0	0
4 — 5	12	8.3	11	18.9	0	0	1	14.2	0	0
5 — 6	13	9.0	5	8.8	0	0	0	0	0	0

Tabla 5;— *Patología gastrointestinal (Síndrome Diarreico)*

Grados de desnutrición	Casos de Síndrome Diarreico	o/o
I	53	37.0
I — II	30	51.7
II	7	50.0
II — III	3	42.0
III	1	25.0

con el síndrome carencial es casi equivalente para todos los grados de desnutrición, con una máxima frecuencia para los grados I—II y III (51.7o/o y 50o/o respectivamente). Estos grupos resultan también mayormente afectados con infecciones del tracto respiratorio (tabla 6) Aún cuando no contamos con datos fidedignos de la etiología de la enfermedad diarreica, cabe anotar por observación vivencial la alta incidencia de parasitosis en el siguiente orden secuen-

cial: áscaris lumbricoides, ameba histolítica, giardia lamblia, tricocéfalo dispar, endolimax nana, tenia solium.

Las tablas 7, 8, 9 y 10 muestran un flujo de datos de causa indirecta que cierra el círculo vicioso en la producción de la enfermedad: instrucción incompleta de los padres, hacinamiento, condiciones ambientales deficientes, ingreso familiar por debajo del mínimo vital en términos de salario.

Tabla 6.— *Patología Respiratoria (Bronquitis — Bronconeumonía)*

Grados de desnutrición	Casos	o/o
I	20	13.0
I — II	19	32.7
II	5	35.7
II — III	2	28.5
III	1	25.0

Tabla 7.— *Escolaridad de los padres*

	Completo		Escuela Incompleto		Colegio Incompleto		Superior		Analfab.		Descon.			
	Caso	o/o	Caso	o/o	Caso	o/o	Caso	o/o	Caso	o/o	Caso	o/o		
Padre	75	36.7	30	14.7	49	24.0	27	13.2	15	7.3	6	2.9	2	0.9
Madre	75	33.1	37	16.1	38	16.8	28	12.3	10	4.3	18	7.9	20	8.8

Tabla 8.— *Ingreso familiar*

Salario fijo	Casos	o/o
— de 1.000	20	12.8
1.000 a 2.000	52	33.3
2.000 a 3.000	24	15.3
3.000 a 4.000	30	19.2
4.000 a 5.000	7	4.4
5.000 a 6.000	12	7.6
+de 6.000	11	7.0
salario variable	70	31.0

Tabla 9.— Tenencia de la vivienda

Tenencia	Casos	o/o
Propia	14	6.1
Arrendada	174	76.9
Desconocido	38	16.8

Tabla 10.— Núcleo familiar

Personas	2	3	4	5	6	7	8	9	+10	no reg.
Casos	12	36	31	47	15	20	1	9	5	50
o/o	5.3	15.9	13.7	20.7	6.6	8.8	0.4	3.9	2.2	22

Discusión

No cabe la menor duda de que la malnutrición infantil es una enfermedad médico-social cuyos niveles elevados en el país alcanzan niveles críticos en la Provincia del Chimborazo, en donde la falta de medios de producción, la mala distribución de los productos agropecuarios, desarrollo incipiente agroindustrial, la migración hacia los polos de desarrollo de Quito y Guayaquil, el insuficiente o nulo acceso al derecho de instrucción, son los medios causales más comunes que inciden directamente sobre los niños de la ciudad componentes de la población menos protegida.

Como lo demuestra la presente investigación, el alto porcentaje de malnutrición, nos da la pauta de que el universo de salud en la Provincia del Chimborazo debe ser entendida en forma prioritaria por el Estado ecuatoriano en el área materno infantil. No cree-

mos definitivamente que los recursos del país deban invertirse en las principales ciudades, en desmedro de las demás, porque ello significa ahondar aún más la infrahumana condición de salud en la que se debaten las ciudades pequeñas, que exhiben como único don de la naturaleza el rezago bio-psico-social: la desnutrición infantil.